

Auf der Suche nach dem heiligen Gral - Wie sieht eine nachhaltige Finanzierung im Gesundheitswesen aus?

TIM RÖDIGER, JÜRGEN GRAALMANN, FRIEDERIKE KREBLER, KERSTIN BLUM

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ist seit Jahrzehnten ein Dauerthema. Über 100 neue Gesetze in den letzten Jahren haben keineswegs dazu geführt, die Finanzlage nachhaltig zu stabilisieren. Nach wie vor entwickeln sich die Ausgaben schneller als die zugrundeliegenden Einkommen und die Wirtschaftsentwicklung. Die steigende Ausgabendynamik erhöht das strukturelle Finanzierungsdefizit, das vor allem über höhere Beiträge oder Steuern kompensiert wird, jährlich. So sind die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung seit 1985 von 11,8 Prozent auf 15,9 Prozent im Jahr 2022 gestiegen (IAQ 2023). Die 2004 erstmals gezahlten Steuerzuschüsse von 1 Mrd. Euro liegen im Jahr 2022 bereits bei 29 Mrd. Euro (vdek 2023).

Mit dem 2022 verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurden die letzten Reserven der Krankenkassen bis auf ein – auch gesetzlich nochmal reduziertes – Minimum abgeschmolzen. Trotz Beitragssatzanhebungen, steigender Steuerzuschüsse und Abschmelzen der letzten Finanzreserven prognostizieren die Krankenkassen für das Jahr 2024 ein Defizit von bis zu 30 Mrd. Euro (2023: 17 Mrd. Euro) (RND 2023).

Die etablierten Kompensationsmechanismen kommen angesichts der zunehmenden Dynamik gesamtwirtschaftlich an ihre Grenzen: Steigende Beiträge belasten die Lohnnebenkosten, steigende Steuerzuschüsse erhöhen die Steuerlast oder die Neuverschuldung. Bei den Steuermitteln steht das Gesundheitswesen zudem in zunehmender Konkurrenz zu Politikfeldern, wie Verkehr, Bildung, Bau, Umwelt oder Verteidigung, die alle der im Grundgesetz verankerten Schuldenbremse gegenüberstehen.

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht nachhaltig finanziert. Und es ist auch keine Beruhigung, dass dies auch für andere Industrienationen gilt.

Egal ob staatlich oder privat organisiert, ob steuer- oder beitragsfinanziert: Überall steigt die Finanzierungslast, weil der Anteil der Ausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zunimmt (OECD 2021). Aber wenn es nicht an der Finanzierungsart liegt, woran dann?

Das Problem mit der Kostenkrankheit

Die Antwort lieferte der Ökonom William Baumol bzw. die nach ihm benannte Baumolsche Kostenkrankheit. Diese besagt, dass für personalintensive Bereiche wie Bildung, Kultur oder das Gesundheitswesen strukturell ein immer größerer Teil des BIPs aufgebraucht wird.

Produktivitätsfortschritte und damit Wachstum werden vor allem dort erzielt, wo menschliche Arbeit durch Maschinen ersetzt werden kann. Sektoren mit personennahen Dienstleistungen, die schwer ersetzt werden können, weisen hingegen kaum Produktivitätssteigerungen auf (Baumol 2012). Ihr Anteil am BIP wächst daher kontinuierlich. Marktwirtschaftliche Kräfte können hier nicht wirken oder führen zu unerwünschten Ergebnissen. William Baumol beschrieb es so:

„Wer versucht, die Arbeit von Chirurgen, Lehrern oder Musikern zu beschleunigen, hat gute Chancen, eine verpfuschte Operation, schlecht ausgebildete Schüler oder ein merkwürdiges Konzert zu bekommen“ (Rimbert 2013).

Das strukturelle Finanzierungsdefizit im Gesundheitswesen ist also kein spezifisch deutsches Systemversagen, sondern eine Eigenschaft, die in allen personalintensiven Bereichen systemisch angelegt ist. Diese personalintensiven Bereiche liegen oft in der Verantwortung des Staates, der im Sinne einer breiten Daseinsvorsorge regulierend eingreift, um einen immer größeren Teil der Wirtschaftsleistung für diese Bereiche bereitzustellen. Damit das auch in Zukunft gelingt, müssen entweder die anderen Bereiche überproportionale Produktivitätsfortschritte erzielen oder die personalintensiven Bereiche müssen selbst eine höhere Arbeitsproduktivität durch den Einsatz moderner Technologien auf Basis einer leistungsfähigen Infrastruktur erreichen. Doch genau daran mangelt es in Deutschland, wie die aktuelle Diskussion um die Krankenhausstruktur zeigt. Überdurchschnittlich viele Operationen treffen auf defizitäre Kliniken, Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen, einen wachsenden Personalmangel und einen milliardenschweren Investitionsstau.

Das deutsche Nachhaltigkeitsdilemma

Dieser Befund ist nicht neu. Dennoch gelingt es bisher nicht, die Finanzierung auf nachhaltige Beine zu stellen. Vielmehr liegt der Fokus deutscher Finanzierungsdebatten auf einer Jahreslogik. Budgetdefizite der Krankenkassen, Vergütungsverhandlungen der Kostenträger mit Leistungserbringern, Preisrabatte und Mengenvorgaben werden meistens jährlich ausgehandelt.

Das deutsche Nachhaltigkeitsdilemma verschärft die Kostenkrankheit.

Doch genau diese Jahreslogik führt zu zahlreichen Zielkonflikten. Wirtschaftlich getriebene, kurzfristige Einsparungen gefährden den Zugang zu und die Qualität der Versorgung. Im Zusammenspiel mit Mengenanreizen erklärt die Jahreslogik auch die im internationalen Vergleich überdurchschnittlich vielen Arztbesuche und operativen Eingriffe in Deutschland. Hauptsächlich werden prozentuale Steigerungsraten verhandelt, die im Vergleich zum Vorjahr angeben, wie viel mehr Interventionen stattfinden sollen bzw. dürfen, z.B. bei Mengenvorgaben für Operationen an die Ärzte in Krankenhäusern oder Veränderungsdaten für die Vergütung niedergelassener Ärzte. Dabei spielt es wirtschaftlich eine nachgelagerte Rolle, ob einzelne Interventionen medizinisch sinnvoll oder nachhaltig sind (vgl. Graalman et al. 2022). Ein anschauliches Beispiel ist die *Investitionskosten Spirale* der Krankenhäuser. Diese

erhalten seit Jahren zu geringe Investitionsmittel von den zuständigen Bundesländern. Um dennoch ein ausgeglichenes Finanzergebnis zu erreichen, versuchen sie die fehlenden Mittel über zusätzliche Eingriffe auszugleichen. Sie gehen „in die Menge“. Dadurch steigen nicht nur die Betriebskosten und der Ressourcenverbrauch, sondern auch der Investitionsbedarf. Die Investitionskosten spirale schraubt sich immer weiter nach oben. Inflationbereinigt hat sich die Fördersumme der Länder seit 1991 halbiert (vgl. DKG 2022a). Krankenhäuser, welche die notwendigen Mengen nicht generieren, laufen Gefahr, in die roten Zahlen zu rutschen. Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) schreiben aktuell etwa 60 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland Verluste (DKG 2022b). Wichtige Investitionen in die Infrastruktur unterbleiben oder werden über Mengensteigerungen kompensiert, was Finanzierungsdefizite und Personalnot weiter erhöht sowie die Infrastruktur systematisch schwächt.

Die Jahreslogik führt die Verantwortlichen und das System zwangsläufig in ein Nachhaltigkeitsdilemma: Durch den kurzen Betrachtungszeitraum werden vor allem Investitionen getätigt, die kurzfristig zu Mehrerlösen führen, statt langfristig die Effektivität der Infrastruktur zu erhöhen.

Die kurzsichtige Jahreslogik führt zu einer Betrachtung von Investitionsmitteln als direkte Kosten und nicht als Vermögenswert. Der Investitionsbedarf wird in der kameralistisch geprägten Sichtweise als jährlicher Kostenpunkt gesehen, der gedeckt werden muss, und mit Investitionsmitteln werden Finanzierungslöcher gestopft.

Das Ergebnis ist eine überteuerte und fehlgesteuerte Infrastruktur, die nun kostenintensiv umgebaut werden muss. Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehen davon aus, dass die Transformation bis zu 100 Mrd. Euro fordern wird, also ungefähr einen „Wumms“.

Der größte Strukturwandel aller Zeiten

Für eine nachhaltige Finanzierung braucht es also dringend einen langfristigen Betrachtungszeitraum, der vor allem langfristig wirksame Investitionen stärker berücksichtigt. Diese Anforderung trifft auf einen dringend notwendigen grundlegenden Strukturwandel im Gesundheitswesen, der den Handlungsdruck noch verstärkt. Wenn das Leistungsversprechen einer guten und umfassenden Versorgung für jeden aufrechterhalten werden soll, kommen bis zum Jahr 2030 zahlreiche Entwicklungen zusammen, die einen grundlegenden Strukturwandel erfordern:

- Alterung der Gesellschaft: Die Alterung wird angetrieben von der steigenden Lebenserwartung. Die gewonnenen Jahre werden jeweils hälftig in Gesundheit und Krankheit verbracht. Steigt die Lebenserwartung, steigt also auch die Zahl der in Krankheit verbrachten Jahre, was den Behandlungsbedarf erhöht (s. Abb. 1., McKinsey Health Institute 2022).
- Sinkende Zahl der Erwerbstätigen im Verhältnis: Der erhöhte Behandlungsbedarf trifft auf weniger Erwerbspersonen, was die Einnahmehasis des Gesundheitswesens weiter schwächt (Destatis 2020).

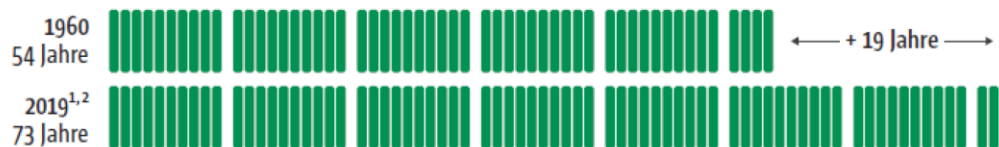
- Fachkräftemangel: Ebenfalls rückläufig ist die Zahl des medizinischen Personals, was bereits heute zu Versorgungsengpässen führt. Die Personalnot wird sich im Zuge der Alterung noch deutlich verschärfen (PWC 2022).
- Beschleunigter medizinische Fortschritt: Die moderne Medizin wird immer dynamischer, präziser und damit auch komplexer, was erhöhte Anforderungen an die Infrastruktur mit sich bringt. Präzise Diagnostikverfahren können ihren potenziellen Wert nur erzielen, wenn sie bei den richtigen Patientengruppen angewendet werden. Dieses für die moderne Medizin fundamentale Zuordnungsproblem von Intervention zum „richtigen“ Patient wird zusätzlich vergrößert, weil das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung im internationalen Vergleich weit zurückliegt (Bertelsmann Stiftung 2023).
- Gesundheitsgefahren durch die Klimakrise: Ob durch Zoonosen oder Hitze- und Umweltbelastungen, die Krankheitswahrscheinlichkeit nimmt durch den Klimawandel stetig zu und stellt neue, milliardenschwere Herausforderungen an das Gesundheitswesen.

Alle diese Entwicklungen vergrößern die bereits jetzt schon existierende strukturelle Finanzierungslücke.

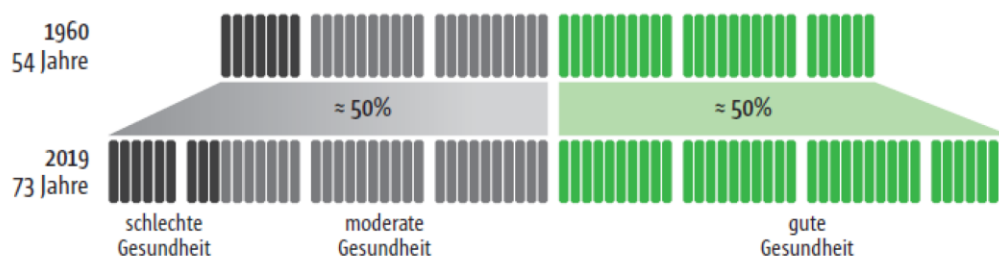
Weltweit steigt die Lebenserwartung, aber nicht die in Gesundheit verbrachte Zeit.

In den vergangenen 60 Jahren hat sich die Lebenserwartung massiv verbessert...

Durchschnittliche weltweite Lebenserwartung und gesunde Jahre



... aber der Anteil an Lebenszeit, der in schlechter oder mäßiger Gesundheit verbracht wird, hat sich nicht verändert.



¹ auf Annahmen basierende Extrapolation des Anteils der guten/ok Gesundheit aus den Daten für 2019

² auf Annahmen basierende Extrapolation des Anteils über geographische Gebiete hinweg

Abb. 1 Zunahme von Lebenserwartung und in Krankheit verbrachten Jahren (McKinsey Global Institute Prioritizing Health Report; McKinsey Institute Analyse, eigene Übersetzung)

Die Suche nach dem heiligen Gral

Die *Kostenkrankheit*, das *Nachhaltigkeitsdilemma* und der notwendige *Strukturwandel* erklären, warum das deutsche Gesundheitswesen nicht nachhaltig finanziert ist. Aber wie kann eine nachhaltige Finanzierung unter diesen Voraussetzungen gelingen?

Die Lösung liegt weniger in der Debatte über die Finanzierungsart, wie wir sie seit 25 Jahren mit der wiederkehrenden Diskussion um Kopfpauschalen oder Bürgerversicherung führen. Denn dabei geht es vorrangig nicht um den Finanzierungsbedarf an sich, sondern um die verteilungspolitische Frage, wer wieviel zu diesem Bedarf beiträgt. Diese Debatte führt nicht zur Lösung des eigentlichen Problems. Vielmehr muss es darum gehen, den exponentiellen Anstieg des Finanzierungsbedarfs wirksam zu begrenzen (Graalmann 2013). Dafür braucht es einen Paradigmenwechsel in der Versorgung, von der Steigerung der in Krankheit verbrachten Jahre zu einer Steigerung der in Gesundheit verbrachten Jahre. Nur wenn der Anteil der in Gesundheit verbrachten Jahre steigt, kann der Finanzierungsbedarf überhaupt gedeckt werden.

Es muss darum gehen, den exponentiellen Anstieg des Finanzierungsbedarfs wirksam zu begrenzen, indem der Anteil der in Gesundheit verbrachten Jahre steigt.

Entscheidend wird sein, wie wir den rasant steigenden Finanzierungsbedarf beeinflussen können. Dabei wird es vor allem auf drei Aspekte ankommen (s. Abb. 2, Die Brückenköpfe 2023):

- einen schnellen Übergang von Krankheit zur Gesundheit in der Wertschöpfung,
- eine dafür ausgelegte, nachhaltige medizinische Infrastruktur und
- eine systemische Verankerung von Aspekten ökologischer Nachhaltigkeit.

Diese drei notwendigen, wenn auch nicht hinreichenden Voraussetzungen braucht es für ein überhaupt finanzierbares Gesundheitswesen, bei dem Jeder Anspruch auf eine gute Versorgung hat. Alle drei Aspekte greifen ineinander und bedingen eine Finanzierung der dafür notwendigen Transformation. Die gute Nachricht ist, dass die Lösungsmöglichkeiten vorhanden sind. Die gesellschaftliche Herausforderung ist es, sie umzusetzen.

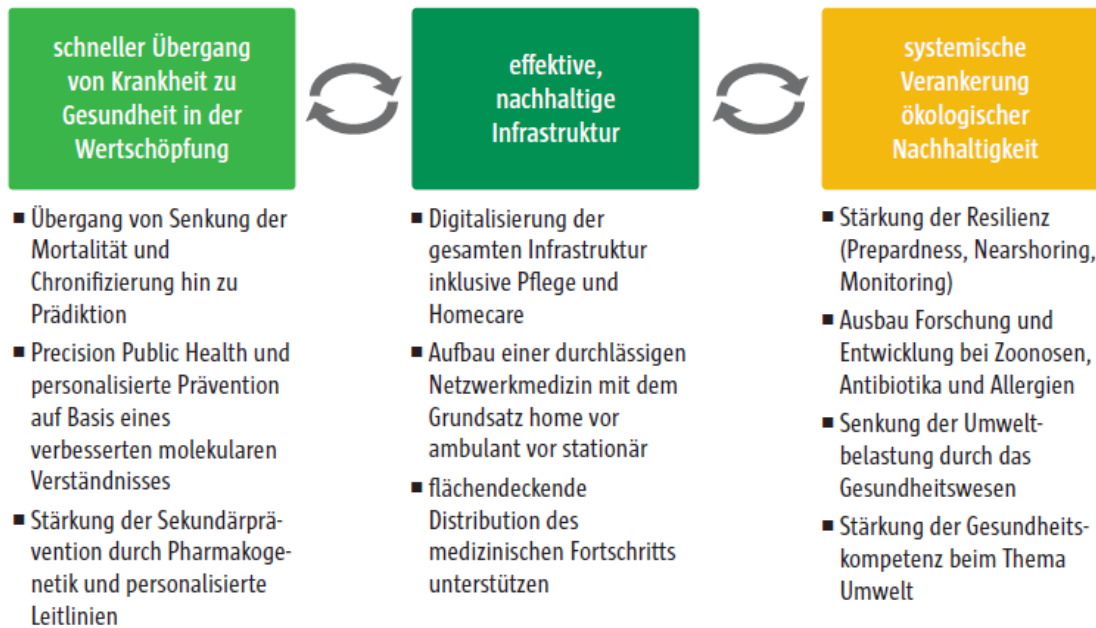


Abb. 2 Handlungsfelder zu Senkung des Finanzbedarfs im Gesundheitswesen (Die BrückenKöpfe 2023)

Der schnellere Übergang von Krankheit zur Gesundheit in der Wertschöpfung bedeutet eine systematische Stärkung der Prädiktion von Gesundheitsrisiken. In der Vergangenheit hat der medizinische Fortschritt die Mortalität gesenkt, dabei jedoch auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder auch Tumorerkrankungen chronifiziert. Die Chronifizierung führte zu einem Anstieg der in Krankheit verbrachten Jahre. Das neue molekulare Verständnis von Krankheiten erlaubt eine deutlich bessere Früherkennung von Gesundheitsrisiken bevor sich Krankheiten manifestieren. Die Wertschöpfung des Gesundheitswesens ist darauf aber noch nicht ausgerichtet. Dabei könnte heute statt dem Präventionsgenerikum „mehr bewegen und gesünder essen“ eine auf das Subjekt abgestimmte Gesundheitsförderung bevölkerungsweltweit umgesetzt werden (Rödiger et. al 2019).

Von der personalisierten Früherkennung aufgrund genetischer bedingter Risiken über die Unverträglichkeit von Nahrung bis hin zu individuellen Lebensstilrisiken können heute spezifische Handlungsempfehlungen gegeben werden, welche einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben. Das Monitoring von Grenzwerten ermöglicht die rechtzeitige und sachgemäße Intervention, bevor ein Krankheitsbild entsteht. Eine Stärkung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge über das laut Ampel-Koalitionsvertrag neu zu errichtende Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) könnte die bisherigen Ansätze zur öffentlichen Gesundheit um neue Möglichkeiten aus dem Ansatz der Precision Public Health erweitern, nach dem öffentliche Gesundheit mit den Erkenntnissen der Präzisionsmedizin verbunden wird. Eine Stärkung der Sekundärprävention kann durch eine systematische Pharmakogenetik gelingen, welche die Verträglichkeit und Wirksamkeit von Diagnostikverfahren und Therapeutika bereits vor der Intervention prüft, statt schädliche Nebenwirkungen zu behandeln und unnötig Ressourcen zu verbrauchen. Personalisierte Leitlinien unterstützen die Verbreitung der Präzisionsmedizin, um das fundamentale Zuordnungsproblem der modernen Medizin zu lösen und präzise Therapien zu denjenigen Patienten zu bringen, denen sie tatsächlich helfen können.

Brüche zwischen den Sektoren verhindern eine durchlässige Netzwerkmedizin, die sich mit dem Grundsatz *homecare* vor ambulant vor stationär am Patienten orientiert und eine dezentrale Bereitstellung des medizinischen Fortschritts befördern könnte. Es mangelt an einer durchgängigen Digitalisierung, ausgehend vom häuslichen Umfeld über die ambulanten bis hin zu den stationären Strukturen. Unterbleiben die notwendigen Investitionen für das Upgrade der Infrastruktur, kann der gesellschaftlich finanzierte medizinische Fortschritt den Patienten nicht oder nur zu hohen Kosten zur Verfügung gestellt werden. Was es dagegen braucht, ist eine „durchlässige Infrastruktur, die Innovationen schneller zu den Menschen bringt“ (Graalmann et. al 2018).

Die systemische Verankerung ökologischer Nachhaltigkeit umfasst eine – auch vom Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege geforderte – Verbesserung der Resilienz. Das deutsche Gesundheitswesen sei ein „Schönwettersystem“, welches z.B. auf klimabedingte Herausforderungen nicht vorbereitet ist. Die Lehren aus der Pandemie müssen konsequent umgesetzt werden. Dazu gehören eine bessere Vorbereitung im Sinne von Notfallplänen, eine resiliente Beschaffung z.B. durch Nearshoring, der Aufbau von modularen Produktionskapazitäten für schnell anpassbare Impfstoffe und ein verbessertes Monitoring. Auch die Erforschung von Zoonosen und stark ansteigenden Allergien sowie leistungsfähigen Antibiotika muss verbessert werden (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2023a).

Der künftige Finanzierungsbedarf könnte deutlich gesenkt werden, wenn die dafür notwendigen Investitionen in eine effektive, nachhaltige Infrastruktur vorgenommen werden. Denn die jetzige Infrastruktur ist auf die Möglichkeiten und die Potenziale in der Wertschöpfung nicht vorbereitet.

Das Gesundheitswesen muss als zweitgrößter CO₂-Emittent seinen ökologischen Fußabdruck verringern, wenn die gesundheitsschädliche Umweltbelastung messbar gesenkt werden soll. Hier hat Deutschland bis auf Ankündigungen nicht viel geliefert. Auch der Ressourcenverbrauch steigt jedes Jahr weiter an. Laut Sachverständigenrat müssen Interventionen auch von einer Erhöhung der Gesundheitskompetenz beim Thema Umwelt begleitet werden (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2023b).

Notwendige Transformation braucht Investitionen

Soll am Anspruch einer hochwertigen innovativen Versorgung für Jeden festgehalten werden, braucht es eine Finanzierung der dafür notwendigen Transformation – zusätzlich zu den laufenden Ausgaben von rund 500 Mrd. Euro pro Jahr.

Ähnlich dem Klima- und Transformationsfonds, bei dem das Gesundheitswesen bisher nicht explizit berücksichtigt ist, braucht es ein *Sondervermögen Gesundheit*. Gelingt es uns nicht, die notwendigen investiven Mittel bereitzustellen, wird der Finanzierungsbedarf künftig exponentiell steigen. Und die Politik wird sich schon in wenigen Jahren gezwungen sehen, diesen über Rationierung im Gesundheitswesen regulieren zu müssen.

Wir stehen vor der Wahl, jetzt zu investieren, um den exponentiellen Anstieg zu bremsen, oder in eine offene Rationierung zu laufen.

Die Herausforderungen durch Demografie, Fachkräftemangel und Klimakrise sind groß. Doch mithilfe unseres rasant steigenden Wissens aufgrund des technologisch-medizinischen Fortschritts können wir unser Gesundheitswesen auch weiterhin für alle bezahlbar halten. Wir haben das Wissen und die Konzepte dafür. Jetzt kommt es darauf an, ob wir die Entschlossenheit aufbringen, unsere Zukunft über eine investive Politik zu gestalten (Graalmann et. al 2021).

Manuskript

Literaturverzeichnis

Baumol WJ (2012) The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. Yale University Press

Bertelsmann Stiftung (2023) Stand der Digital-Health-Entwicklung in 17 untersuchten Ländern. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems/stand-der-digital-health-entwicklung> (abgerufen 28.02.2023)

Destatis (2020) Erwerbersonenvorausberechnung 2020. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbersonenvorausberechnung-2020.html> (abgerufen am 24.04.2023)

Die Brückenköpfe (2023) Handlungsfelder zu Senkung des Finanzbedarfs im Gesundheitswesen. eigene Abbildung

DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022b) Alarmstufe ROT: Krankenhäuser in Gefahr - sofortiger Inflationsausgleich notwendig. Pressemitteilung vom 5. September 2022. URL: <https://www.dkg.de/dkg/presse/details/alarmstufe-rot-krankenhaeuser-in-gefahr-sofortiger-inflationsausgleich-notwendig/> (abgerufen am 21.04.2023)

Graalman J (2013) Mehr Gesundheit für den Euro durch Qualitäts- und Patientenorientierung: Plädoyer für einen integrierten Krankenversicherungsmarkt. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 18 (3), 111-122

Graalman J, Cornejo Müller A, Rödiger T (2018) Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr. Was sollen sie in Zukunft leisten? URL: https://brueckenkoepfedc.cdn.prismic.io/brueckenkoepfedc%2Fa47de67a-76d8-4eee-a40a-4dcc74993de7_18-11-08+artikel+kassen_final.pdf (abgerufen am 21.04.2023)

Graalman J, Rödiger T, Schirmer L, van Maanen H (2021) „Weiße Anleihen“ als alternative Finanzierung für den Strukturwandel im Gesundheitswesen. In: Hildebrandt H, Stuppardt R (Hrsg.) Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Medhochzwei Heidelberg. URL: https://brueckenkoepfedc.cdn.prismic.io/brueckenkoepfedc/ba5cb51d-d312-4e80-b1e3-86d4381762a9_Br%C3%BCckenk%C3%B6pfe_Beitrag_Welt+der+Krankenversicherung.pdf (abgerufen am 21.04.2023)

Graalman J, Rödiger T, Blum K, Kreßler F (2022) Das Nachhaltigkeitsdilemma im deutschen Gesundheitswesen. In: Graalman J, von Hirschhausen E, Blum K (Hrsg.) Jetzt oder nie: Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin. URL: <https://www.mwv-landingpages.de/jetzt-oder-nie-nachhaltigkeit-im-gesundheitswesen/das-nachhaltigkeitsdilemma-im-deutschen-gesundheitswesen/> (abgerufen am 21.04.2023)

IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2023) Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1985-2021. URL: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/ab-bVI23.pdf> (abgerufen am 21.04.2023)

McKinsey Health Institute (2022) Adding years to life and life to years. URL: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/adding-years-to-life-and-life-to-years> (abgerufen am 21.04.2023)

OECD (2021) Die Gesundheitssysteme im OECD-Raum müssen dringend gestärkt und für künftige Krisen gerüstet werden. URL: <https://www.oecd.org/berlin/presse/die-gesundheitssysteme-im-oecd-raum-muessen-dringend-gestaerkt-und-fuer-kuenftige-krisen-geruestet-werden.htm> (abgerufen am 21.04.2023)

PWC (2022) Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: Wenn die Pflege selbst zum Pflegefall wird. URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-im-deutschen-gesundheitswesen-2022.html> (abgerufen am 21.04.2023)

Rimbert P (2013) Wie produktiv ist ein Streichquartett? Le Monde diplomatique, 12.07.2013. URL: <https://monde-diplomatique.de/artikel/!470255> (abgerufen am 21.04.2023)

RND – Redaktionsnetzwerk Deutschland (2023) Krankenkassen erwarten 2024 Rekorddefizit und drastischen Beitragssprung. URL: <https://www.rnd.de/politik/krankenkassenbeitraege-2024-verband-erwartet-rekorddefizit-und-drastischen-beitragssprung-N4MYXRBN5RBD5HJSNHX5AZ6QV4.html> (abgerufen am: 21.04.2023)

Rödiger T, Cornejo Müller A, Graalman J, van Maanen H (2019) Das Gesundheitswesen wird gestapelt. Und jetzt? In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.) BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019. URL: https://brueckenkoepfede.cdn.prismic.io/brueckenkoepfede%2F24c45c5a-9b61-4695-bf5f-c2213a5ca9a8_gwa2019-kapitel+ro%CC%88di-ger+mu%CC%88ller+graalman+van+maanen.pdf (abgerufen am 21.04.2023)

Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2023a) Gutachten „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“. Pressemitteilung vom 19. Januar 2023. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/SVR_Gutachten_2023_Pressemitteilung_19012023.pdf (abgerufen 21.04.2023)

Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2023b) Gutachten „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf (abgerufen am 21.04.2023)

vdek (2023) Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung. URL: https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html (abgerufen am 21.04.2023)

Autoren



© Patricia Haas

Tim Rödiger arbeitete nach Ausbildung und Studium zum Diplom Kaufmann (FH) als Sachgebietsleiter Risikomanagement in der BARMER Hauptverwaltung und wechselte 2008 zum AOK-Bundesverband, wo er bis 2016 die Leitung der Unternehmensentwicklung verantwortete. Seit 2017 arbeitet er bei den Brückenköpfen als Partner mit dem Schwerpunkt Strategie.



© Patricia Haas

Jürgen Graalmann ist seit 25 Jahren im Gesundheitswesen aktiv. Nach Studium und Stationen in der privaten Krankenversicherung, lange Jahre Leiter Gesundheits- und Unternehmenspolitik der BARMER, danach AOK-Politik-Geschäftsführer und bis 2015 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Er ist Gründer und Geschäftsführer der Berliner Konzept- und Beteiligungsagentur Die Brückenköpfe sowie Geschäftsführer des Deutschen Pflegetages, den er 2014 mit initiiert hat.



© Patricia Haas

Friederike Kreßler arbeitet seit 2022 als Projektmanagerin bei den Brückenköpfen. Nach dem Studium sammelte sie umfangreiche Erfahrungen im gesundheitspolitischen Umfeld als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Bundestag, Referentin im Bundesministerium für Gesundheit und Vorstandsreferentin im AOK-Bundesverband.



© Patricia Haas

Kerstin Blum ist Geschäftsführerin der Stiftung Gesunde Erde – Gesunde Menschen, die sie seit 2019 mit dem Gründer Eckart von Hirschhausen aufbaut. Zudem entwickelt sie als Senior Project Manager der Berliner Konzept- und Beteiligungsagentur Die Brückenköpfe Strategien zum Thema „Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitswesen“. Sie greift zurück auf mehr als 15 Jahre Erfahrung im gesundheitspolitischen Umfeld mit wechselnden Perspektiven: Als Mitarbeiterin im Bundestagsbüro, als Projektmanagerin bei der Bertelsmann Stiftung und als Abteilungsleiterin eines großen Krankenkassenverbandes.